

Este formulario, una vez completado y firmado por usted, autoriza a su terapeuta/personal de Nexus-FACTS a divulgar y/o intercambiar información protegida de su registro clínico mediante correo electrónico y otras formas de comunicación electrónica.

Nombre del Cliente: FON:
Nombre del Cliente: FON:
Nombre del Cliente: FON:
Correo Electrónico:
Número Celular:
Otros destinatarios aprobados:

(Nota: Además de este formulario, desde estar en archivo un Consentimiento actual para la divulgación del formulario de PHI para cada destinatario aprobado.)

Supuestos

- El correo electrónico puede ser transmitido de inmediato a todo el mundo y puede ser recibido por muchos destinatarios intencionales y no intencionales. Otras formas de comunicación electrónica no son medios de comunicación "seguros".
- Los destinatarios pueden reenviar mensajes de correo electrónico o mensajes de texto a otros destinatarios sin permiso o conocimiento del remitente original.
- Los usuarios pueden malinterpretar fácilmente un mensaje de correo electrónico o mensaje de texto.
- El correo electrónico puede modificarse y es más fácil de falsificar que los documentos escritos a mano o firmados.
- Pueden existir copias de seguridad de correos electrónicos o mensajes de texto incluso después de que el remitente o el destinatario hayan eliminado su copia.
- El correo electrónico que contiene información relacionada con el diagnóstico y tratamiento constituye una parte del historial médico del paciente.
- Todos los correos electrónicos y mensajes de texto pueden ser descubiertos en un litigio, independientemente de si está en el historial médico.
- Los mensajes transmitidos por correo electrónico no se pueden recoger de manera oportuna. Para evitar demoras innecesarias en la transmisión de información importante, no use el correo electrónico para enviar mensajes urgentes.

La información utilizada o divulgada de conformidad con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario de su información y ya no puede estar protegida por las reglas de privacidad de HIPAA. Tiene derecho a revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento enviando dicha notificación por escrito a la dirección comercial de Nexus-FACTS. Su revocación no será efectiva en la medida en que el personal de Nexus-FACTS haya tomado medidas confiando en la autorización o si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y el asegurador tiene el derecho legal de impugnar un reclamo. Si la autorización está firmada por un representante personal del cliente, se debe proporcionar una descripción de la autoridad de dicho representante para actuar en nombre del cliente.

COMUNICACION POR CORREO ELECTRONICO Yo (nosotros) entendemos los supuestos mencionados anteriormente y entiendo que correo electrónico no es un medio seguro de comunicación. Soy consciente de que el proveedor puede negarse a comunicarse por correo electrónico en función de la naturaleza de la información médica. Doy permiso para que Nexus-FACTS use el correo electrónico como medio de comunicación con respecto a mi atención. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al personal administrativo de Nexus-FACTS o a mi terapeuta.

MENSAJE DE TEXTO Yo (nosotros) entendemos los supuestos mencionados anteriormente y entiendo que los mensajes de texto no son un medio seguro de comunicación. Soy consciente de que el proveedor puede negarse a comunicarse a través de mensajes de texto en función de la naturaleza de la información médica. Doy permiso para que Nexus-FACTS use la mensajería de texto común un medio de comunicación entre mí y otros proveedores de servicios con respecto a mi atención. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al personal administrativo de Nexus-FACTS o a mi terapeuta.

OTRAS COMUNICACIONES ELECTRONICAS Yo (nosotros) entendemos los supuestos establecidos anteriormente y entiendo que la comunicación electrónica no es un medio seguro de comunicación. Esto incluye cualquier comunicación realizada a través de sitios de redes sociales, como Facebook, MySpace, mensajería instantánea, LinkedIn, etc. El proveedor no participará ni aceptará solicitudes para comunicarse a través de este tipo de servicios, ya sea como clientes o amigos/familiares de clientes. Soy consciente de que el proveedor puede negarse a comunicarse de esta manera en función de la naturaleza de la información médica. Doy permiso para que Nexus-FACTS use otras formas de comunicación electrónica con respecto a mi atención. Entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al personal administrativo de Nexus-FACTS o a mi terapeuta.

Al firmar a continuación, entiendo y acepto la póliza mencionada anteriormente con respecto a la comunicación electrónica.

Firma del padre/tutor: Fecha:
Firma del cliente: Fecha:
Firma del cliente Fecha: